Graviditas tubaria simplex.

Jüngster Fall aus München.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Präsidium

des Herrn Obermedizinalrathes

Prof. Dr. von Hecker,

Hofrath, Direktor der Gebäranstalt in München,

der medizinischen Facultät zu München vorgelegt

von

Eduard Althamer,

approb. Arzt aus München.

München 1879.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf u. Sohn.

Graviditas tubaria simplex.

Jüngster Fall aus München.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Präsidium

des Herrn Obermedizinalrathes

Prof. Dr. von Hecker,

Hofrath, Direktor der Gebäranstalt in München,

der medizinischen Facultät zu München vorgelegt

von

Eduard Althamer,

approb. Arzt aus München.

München 1879.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf u. Sohn.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Obermedizinalrath

Professor Dr. von Hecker

in tiefer Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554610_0124

Man mag im Betreff der Art der Aufnahme des menschlichen Eies in die Tuba Fallopiae sich der Ansicht anschliessen, dass dasselbe, nach dem Austritte aus dem graaf'schen Follikel zur Zeit der menses, von dem, durch die Cilienschwingungen der Epithelzellen der tuba erzeugten Strome, am Ostium tubae abdominale, mitfortgerissen werde, oder dass es, durch die beim Platzen des Follikels frei werdende Kraft, in diese Mündung hineingeschleudert werde, während Schwellung der Fimbrien und des Ovariums in Folge der Katemenialen Congestion die gegenseitige Annäherung erleichtert hatte, oder dass alle Momente zusammenwirken: über die Thatsache, und wie die Art der Fortbewegung des Eies in der Tuba, obwaltet kein Zweifel.

Stellt uns ja doch die Tuba, wenn auch vielleicht nicht den einzigen Einwirkungsort des Samens auf das Ei, so doch das Organ dar, welches bestimmt ist, das Ei in den uterus zu leiten, in welchem es sich, nur im Falle einer bis zum Eintritt erfolgten Befruchtung, normaler Weise, entwickelt. Zu diesem Behufe die gegen den uterus gerichteten Wimperbewegungen theils, und dieses wird besonders an dem engeren Theile gegen uterus zu von Bedeutung sein, die peristaltischen Bewegungen der glatten, vom uterus stammenden, (resp. damit zusammenhängenden) Muskelfasern.

Es ist klar, dass Abnormitäten dieses Organs, angeborner oder erworbener Natur, einen, dessen Funktion störenden, bis völlig hemmenden Einfluss nehmen werden, wodurch Erschwerung der Conception, Sterilität, gelegentlich, bei besonders ungünstigen Zufällen, Tubar-Schwangerschaft entstehen können.

Wir haben also für verschiedene Folgen ein und dieselbe

Ursache, d i. Anomalien der Tuba. Es ist daher angezeigt, einen flüchtigen Blick schon auf die Entwicklungsgeschichte des Organs zu werfen.

Wie bekannt gehen Uterus, vagina, tuben aus demselben Organe, dem sogenannten Müller'schen Faden hervor, welcher, an der unteren Fläche des Wolff'chen Körpers, auswärts von der nach innen vom Wolff'schen Körper gelegenen neutralen Geschlechtsdrüse als hohler Gang hinzieht, vorn blind endigend und hinten zwischen den Insertionen der Wolff'schen Ausführungsgänge in die Allantois mündend; wird nun das anfangs indifferente Organ zum Eierstock, so schwindet der Müller'sche Faden nicht, sondern öffnet sich an seinem vorderen Ende und wird zur Tuba Fallopiae, während die hinteren Enden beider verschmelzen zu einem unpaaren Schlauche, welcher sich in uterus und vagina sondert.

Aus der blossen Zusammengehörigkeit in der Entwicklung dieser Glieder eines Systems, wie auch des Urogenitalsystems, dürfte, analog den übrigen des Körpers, erhellen, dass Fehler in der ersten Anlage selten auf einen Theil eines Abschnittes beschränkt isolirt vorkommen, wie es in der That hinlänglich fest steht.

Betrachten wir kurz die Tube im ausgebildeten Zustande, so stellt sie uns einen circ. 4" langen, hinter den runden Mutterbändern, beim menschlichen Weibe am meisten geschlängelten, im oberen, freien Rande der breiten Mutterbänder liegenden Kanal dar, der mit dem fundus uteri durch eine, nach Bischoff $^1/_{10}$" breite Oeffnung communicirt, und dessen äusseres Ende, vor und unter dem ovarium liegend, mit trichterförmiger Oeffnung und mit Fransen besetzt, in den Bauchfellsack sich öffnet.

Es ist selbstverständlich, dass jede ihrer Schichten:

a) die äussere peritoncale Hülle

b) äussere longitudinale und innere kreisförmige Muskelhaut, welch' letztere beim Eintritt in die Gebärmutter einen Sphincter bildet

c) die innere Schleimhaut mit Flimmerepithel,

nebst den dazu gehörigen Arterien, Venen, Nerven, Lymphge-

fässen, für sich erkranken oder secundaer reflectorisch, sympatisch in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Ganz abgesehen von den Fehlern in der Anlage des Organs, wodurch mangelhafte, rudimentaere Bildung gegeben ist — so z. B. das Fehlen der Fransen als Hemmungsbildung, — oder von den intrauterinen Erkrankungen desselben und der Umgebung — erwähne hier nur die constatirte peritonitis intrauterina — Fälle also, welche grösstentheils von vorne herein die Unmöglichkeit späterer Erfüllung des physiologischen Zweckes in sich schliessen, abgesehen von den immerhin seltenen Neubildungen, fibroiden etc., unter denen noch tuberculose relativ häufig als primaere Tuberculose, ähnlich der beim Manne nicht so seltenen urogenitaltuberculose, vorkommen soll; abgesehen ferner von den, freilich schwer nachweisbaren, aber sicher als vorkommend zu betrachtenden Innervationsstörungen der Tuba, welche für den Sphineter von erhöhter Bedeutung sein werden, und sich als Krampf oder Lähmung äussern werden — ausserdem spricht auch Bischoff von peristaltisch und antiperistaltischer Bewegung, was hier wie bei andern glatten Muskelfasern eines schlauchförmigen Organs gewiss sich finden wird: — möchte ich bei dieser Gelegenheit, weil für die Aetiologie der Sterilität in gleicher Weise wie für Tubenschwangerschaft von Bedeutung, als wohl die häufigste vom ausgebildeten Organ ausgehende Erkrankung, die katarrhalische Entzündung nennen.

Während ein kurz dauernder acuter Katarrh, wie er z. B. durch Steigerung der menstrualen Congestion in Folge der bekannten Ursachen hervorgerufen werden mag, auch wegen seines vorzugsweise mucinhaltigen Secrets, durchschnittlich ohne Belang sein wird, erscheint die Erkrankung durch Trippercontagium — meist wohl vom Endometrium aus fortgepflanzt, aber auch unmittelbar während Cohabitation möglicher Weise entstehend — in Folge der durch den oft langwierigen Verlauf gesetzten anatomischen Veränderungen, wie des spezifischen Secretes nicht gleichgültig. Und wenn auch die auf acute peritonitis hinweisenden Symptome bei Kolica scortorum allarmirender sind als wirklich gefahrvoll quoad vitam, so sind anderseits doch Fälle bekannt,

in denen Uebertritt, von ein Paar Tropfen von, wenn auch vielleicht ganz eigenthümlichen Eiters, den tödlichen Ausgang nach Stunden, ja fast momentan herbeigeführt hatte; solcher Fälle ist bereits eine Anzahl in der Literatur bezeichnet, meist puerperae betreffend, mit fast symptomenlos verlaufener Salpingitis puerp.

In so momentan das Leben bedrohender Weise erscheint uns allerdings der chronische Katarrh nicht; nichts destoweniger ist er es gerade, welcher die Basis für die meisten unlieben Complicationen bildet, welche wir zur Sterilität und Tubar-Schwangerschaft führend, betrachten. Wirkt er auf der einen Seite die Lebensenergie der Epithelzellen mindestens sehr schwächend, so wird anderseits die muscularis eine Einbusse an ihrer contractilen Kraft erleiden und beides zusammen wird eine langsamere, trägere Vorwärtsbewegung, ein längeres Verweilen bis Liegenbleiben des sich entwickelnden Eies bewirken können. Und doch würde in den meisten Fällen wohl zur Vereitlung des normalen Herganges dieses noch kaum genügen, gesellten sich nicht regelmässig Entzündungen des Peritoneums, partielle, die man denen des uterus ähnlich, peritubaere und paratubaere (zwisch. lig. lat.) nennen könnte, oft vom uterus fortgepflanzt, oft selbständig hinzu.

Die eklatantesten Beispiele dieser Folgen sind uns in der Tubenanatomie der Freudenmädchen gegeben.

Sehnenartiger Glanz der Schleimhaut, wie der einer Serosa, Verklebungen, Strikturen, Atresien, Abbiegungen, Abknikungen, Divertikelbildungen, Anheftungen an Verwachsungen der Tuba mit anderen Organen, selbst beider tuben unter sich, Verschluss bes. des Fimbrienendes, sind hier die gewöhnlichen Befunde.

Ich habe an dieser Stelle kaum nöthig zu erwähnen, dass ich weit entfernt bin, ein gewisses Odium auf die unglücklichen Opfer einer Tubarschwangerschaft laden zu wollen, denn ausser einer fehlerhaften Organanlage, können hierbei die verschiedenen Krankheiten der Brust und Bauchhöhle in Betracht kommen, insoferne solche einen chronisch hyperaemischen Zustand durch Stauung unterhalten — wer möchte z. B. all' die Ursachen des fluor alb. benignus aufzählen — ferner können ja peritoni-

tische Exudate, welche bei ihrer Organisation mannichfach auf Lage und Form der tuben und deren secundären Erscheinungen einwirken, die verschiedensten Ursachen haben, und endlich gibt es Fälle von Tubarschwangerschaft, in welchen wir einen greifbaren pathalogisch-anatomischen Erklärungsgrund vermissen. Immerhin aber steht, durch eine grosse Anzahl in der Literatur bekannter Fälle bestätigt, fest, dass Abnormitaeten in und an der Tuba in den meisten Fällen die Ursache für die Entstehung der Tubarschwangerschaft abgegeben haben.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen theile ich einen Fall, der sich hier vor einigen Wochen zugetragen hat, mit. Das Präparat hiezu, durch die Güte des Herrn Dr. Halm der geburtshilflichen Klinik übergeben, wird in dortiger Sammlung aufbewahrt.

Am 8. September dieses Jahres, Abends 10 Uhr, wurde Herr Dr. Halm zu einer jungen, kräftigen Frau gerufen, welche er collabirt, fast pulslos antraf.

Anamnestisch liess sich eruiren, dass die 29jährige, seit 2 Monaten verheirathete Frau S., im Vollgenusse ihrer Gesundheit, urplötzlich unter den Symptomen von Ohnmacht, zweimaligem Erbrechen und grossen Schmerzen im Abdomen erkrankt sei und sie sich im 2. Monate schwanger halte.

Bei objectiver Untersuchung, die sich bei der enormen Schmerzhaftigkeit des Abdomens gegen Berührung und Anbetracht der Indicatio vitalis nur auf die äusseren Theile erstreckte, fand sich ober dem rechten poupart'schen Bande ein geringer Dämpfungsbezirk, nach aufwärts zu tympanitischer Schall. Subcutan aether; opium. Eis. Dämpfung, Tympanites nimmt zu; Tod 16 Stunden nach Eintritt der Erkrankung.

Section. Im Abdomen, meteoristisch aufgetrieben, grosse Menge flüssigen Blutes und Cruor und, als dessen Ursache, einen circa $^1/_2$ cm. langen Riss am unteren Theile eines in der rechten Tuba gelegenen Tumors. Lage der Baucheingeweide normal.

Uterus. 8,5 cm. lang, 5 cm. breit, 4,5 dick am fundus. Seine Schleimhaut im hyperaemisch katarrhalischen Zustande, geschwellt, gelockert, 4 mm. dick; reichliche Faltenbildung.

Tuben Linke, im ausgespannten Zustande 10 cm., rechte $8^1/_2$ lang; beiderseits normale Schlängelung; ebenso Fimbrien beiderseits normal. Die linke Tuba ist vom Fimbrien-Ende aus für eine, 1 mm. Durchmesser haltende, elastische Sond bequem durchgängig.

Ebenso gelingt es, ohne Mühe, vom abdominalen Ende der rechten Tuba aus, dieselbe Sonde über 3 cm. weit einzuschieben bis zum abdominalen Ende des in der Tuba gelegenen geplatzten Tumors, dessen uterinus Ende 1 cm. entfernt vom ostium tubae uterinum liegt.

Diese in der Tuba selbst gelegene Geschwulst hat eine Länge von 5 cm., Breite von circa 2 cm., Höhe von $2^1/_2$ cm. An ihrem unteren dünnsten Theile — Uebergangsstelle des lig. uteri latum — einen, der Längsrichtung der Tuba entsprechenden, $1^1/_2$ cm. langen Riss an der hinteren Seite. Dieser Tumor wird gebildet zum Theil von in der Höhle liegenden Blutklumpen, theils von, unter der innersten Auskleidungsmembran gelegenem Blutextravasat, theils von einem, mit unzähligen feinen, aber fest der vorderen Innenfläche der Tuba aufsitzenden Aesten versehenen, organisirten Blutkuchen.

Hier, an der Stelle eines grossen Thrombus, ist die innere Auskleidungsmembran zerrissen. Tubarmuskelschichte an der, der beschriebenen impermeablen Stelle entsprechenden Stelle circa 3 mm. hypertrophirt.

Ovarien. Das rechte, mehr flächenförmig $3^1/_2$ cm. lang, 3 cm. breit $1^1/_2$ cm. dick, mit einem erbsengrossen corpus luteum. Das linke, mit langer narbiger Einziehung am unteren Theile, von eiförmiger Gestalt, 4 cm. lang, 2 cm. breit, 2 cm. dick, mit einer $1/^1_2$ cm. im Durchmesser haltenden festwandigen Cyste.

Es handelt sich im gegebenen Falle ohne Zweifel um eine Tuben-Schwangerschaft mit dem, neben den beiden anderen Möglichkeiten: graviditas tubo-uterina s. interstitialis und graviditas tubo-abdominalis, häufigsten Sitze so ziemlich in der Mitte.

Die mächtige Deciduabildung des vergrösserten uterus, die analogen Veränderungen in der Tuba, nebst der Placentarbildung,

das Corpus luteum in dem, dem befruchteten Eie entsprechenden Ovarium, welches wir in solchen Fällen als corp. lut. verum ansprechen, der Verlauf der Erkrankung; Anamnese; all' diese Umstände deuten mit Sicherheit darauf hin.

Was den foetus betrifft, so ist es gar nicht nöthig, anzunehmen, dass er, wie es bei so jungen Früchten vorkommt, aufgesogen wurde, sondern er wird bei Ruptur der Cyste in die Bauchhöhle gefallen sein, wo er durch blutige inbibition erweicht, macerirt, unter den groben Cruormassen und Gerinsel nicht mehr erkenntlich, der Beobachtung entgangen war, wie das trotz aufgewandter Mühe sehr leicht möglich ist.

Anders verhält es sich mit der Erklärung des Zustandekommens der graviditas tubaria in diesem Falle.

Die schon früher von Hecker aufgestellte, und seither durch eine grosse Reihe von Fällen bestätigte Behauptung, dass Verengerung des Eileiters durch Knickung in Folge von Anheftungen falscher Bänder, hervorgegangen aus Entzündung der serösen Hülle der Beckenorgane, häufig die Tubenschwangerschaft verschulde, trifft hier nicht zu; der oben erwähnte Verschluss am abdominalen Ende des Eisackes in der Tube dürfte hier, bei Mangel sonstiger abnormer Verhältnisse wohl secundaerer Natur sein. Mir wenigstens dünkt es, als müsse man sich Zwang anthun, dieses als Ursache anzunehmen und da ich der Ueberzeugung bin, dass man in medizinisch wissenschaftlichen Sachen um ein apodictisches Urtheil abzugeben, auch eine vollständige Aufklärung durch anatomische Befunde meist zur Seite haben muss, unterlasse ich es hier.

Der Gedanke jedoch, ob es nicht ganz eigenthümlich organisirte Eier gebe, — in der äusseren Organisation verschieden wenigstens kennen wir z. B. die doppeldotterigen — Eier, welchen, sei es schon vor oder nach ihrer Befruchtung, eine besonders native Kraft inne wohnt, vermöge deren sie sich rascher als andere zu entwickeln beginnen, drängte sich mir bei Betrachtung von post mortem unaufgeklärten Fällen auf; freilich kann ich in solchen Fällen ebenso gut auch annehmen, dass die Innervation der Muscelschichte vielleicht eine anormale gewesen

In Bezug auf letzteren Punkt verweise ich nur auf die Darmmuscularis, ohne mich auf die bekannten so häufig hiedurch entstehenden Unfälle weiter einzulassen.

Billige Erklärung! — wird man erwidern; doch was bleibt einem nach dem Grunde einer Erscheinung, wie er doch stets vorhanden gewesen sein muss, suchenden, bei mangelndem anatomischen Befunde übrig, per exclusionem?

Betrachten wir nun diesen Fall mit Rücksicht auf die in der Literatur verzeichneten Fälle, so finden wir folgendes.

In Bezug auf das Alter 29 Jahre, gegenüber den anerkannt am meisten damit belasteten 3. Dezenium. Was das Geschlechtsleben betrifft, fanden sich in der grossen Mehrzahl Anomalien, theils menstruele, theils gingen Geburten voraus, worauf aborte folgten oder jahrelange Kinderlosigkeit bis graviditas tubaria eintrat. Hier von all' diesen Momenten nichts zu eruiren.

Der Verlauf hingegen war ein, mit den übrigen Fällen in Einklang stehender. Der Sitz zwar, in der rechten Tuba, soll nicht so häufig sein wie der in der linken, sonst aber die Veränderungen im uterus und Tuba, wie sie hierbei meist vorkommen; auch der Sitz der Rupturstelle ist ein ganz gewöhnlicher. Was die erreicht · Schwangerschaftshöhe betrifft, so ist es ein neuer Fall für die von Hecker schon 1859 (Monatsschrift für Geburtskunde) aufgestellte Behauptung, dass Tubenschwangerschaft in den meisten Fällen schon in den 2 ersten oder 3. Monate zur Ruptur führt, viel seltener im 4. und 5. oder gar in noch späteren Monaten. In der grösseren Mehrzahl der Fälle erfolgt das Ende bei reiner Tubenschwangerschaft in den ersten 8 Wochen wie hier, wenn auch durch den, von Spiegelb rg mitgetheilten Fall, deutlich dargethan ist, dass selbst das Ende einer normalen Schwangerschaft in der Tube erreicht werden kann, sogar bei notorisch reiner Tubenschwangerschaft, während freilich z. B. bei Tubo-uterinschwangerschaft, eine Anzahl von Fällen bekannt ist, in denen der 9. 10. Monat erreicht worden war.

Auch die Art des Eintrittes und der Ablauf der drohenden Erscheinungen ist ein den bekannten Fällen entsprechender. So war in der überwiegenden Hälfte das lethale Ende bereits nach 24 Stunden eingetreten, meist schon nach 12 Stunden.

Somit haben wir hier einen Fall von graviditas tubaria simplex, unklar zwar hinsichtlich der Pathogenesse, aber von fast typischem Verlaufe.

Wie verschieden aber das Bild der graviditas tubaria sich gestaltet bei Hinzutreten von Complicationen, möchte ich mit ein Paar Beispielen erläutern.

Berücksichtigen wir vor allem die relativ häufigste Complication, die nemlich mit Haematocele retroutrei — so behauptet man auch, dass $^1/_5$ aller Fülle von Haematocele aus Tubengravidität entsprungen seien — so möchte ich des von Prof. Klebs (Prager medizin. Wochenschrift I. 26; 1876) mitgetheilten Falles als Beitrag zur Geschichte der tubargravität und Haematocele retrouterina, ein interess. Fall von Thrombenmole des Eileiters, Erwähnung thun.

Eine 22 jährige Dienstmagd, die vor 3 Jahren 1 mal geboren hatte, wurde im April 1876 in der Klinik aufgenommen, nachdem sie am 21. März bei ihrer früher ganz normalen Menstruation in Folge ungewöhnlicher körperlicher Anstrengung plötzlich Schmerzen im Kreuz und Unterleib bekommen hatte, die sich anfallsweise wiederholten und von Hitze und Kältegefühl und Beschwerden beim Gehen begleitet waren. Unterleib gespannt, sehr empfindlich, nicht aufgetrieben. Rechts über dem poupart'schen Bande erhob sich vom Becken aus ein sehr empfindlicher, härtlicher, nicht scharf abgrenzender Tumar, 4 Querfinger hoch. Derselbe vom uterus weder äusserlich noch innerlich zu trennen. Im hinteren Scheidegewölbe eine quergelagerte weiche fixe Geschwulst. Diagnose: Periuterine Haematocele mit perimetritis.

Nach 3 Wochen verbreitete sich die Geschwulst nach dem linken Hypochondrium, es traten einige mässige metrorrhagien und Fieber ein, womit die Kranke nach 2 Wochen zu Grunde ging.

Section. In der Beckenhöhle eine Geschwulstmasse. Uterus

5 cm. über Symphyse ragend; Im douglas'schen Raume ein mannesfaustgrosser Tumor, abgekapselt von einer 3 mm. dicken Bindegewebsmembran umschlossen und aus theils flüssigem gefärbten theils frisch coagulirtem Blute bestehend. Darüber hin war von hinten her das Sromanum gelagert. In den Tumor mündeten von beiden Seiten die Fimbrieenden der Tuben ein. Die rechte war besonders stark ausgedehnt und enthielt einen citronengrossen Thrombus, ovarien ausser der Geschwulst gegen uterusseitenwände innig angepresst. Die Wandung des grossen Blutsackes war im allgemeinen platt und von unvollkommen vascularisirtem Gewebe gebildet, mit dem darunterliegenden Peritonealüberzug der Därme im innigsten Zusammenhange stehend. Also auch hier bereits ältere Adhaesionen, in welche hinein der Bluterguss erfolgt war, jedenfalls früher als 2 Monat vor dem Tode entstanden, wo zuerst die klinischen Erscheinungen, der Haemotocele auftraten. Der Thrombus in der rechten Tuba bestand aus einem 6 cm. langen und 4 cm. breiten Abschnitte gegen den uterinen Theil der Tuba gewandt. Tubarwand von ähnlicher Beschaffenheit wie decidua uterina materna; muscalaris hypertrophisch; der foetus 14 mm. lang 5 mm. breit und lag dem, eine Vertiefung des Haematoms auskleidendem Reste der Eihaut auf. Es lag demnach Tubargravidität vor, nach Art der Fleischmolen im uterus, in ein Haematom umgewandelt, beendet durch eine Blutung aus den sehr reichsprossenden Zotten in der Mitte des Tubenkanals. Der Foetus hatte keinen Nabelstrang; er lag noch mit der Bauchfläche auf der Eihaut auf. Die Ruptur der Tuba ist wegen fehlender Weiterentwicklung des Foetus ausgeblieben, die Blutung in die Bauchhöhle geschah aus den Fimbrien und die Hämatocele retrouterina entstand aus der zuvor schon bestehenden Abschliessung des dougl. Raumus durch Adhäsionen.

Einen Fall von Tubenschwangerschaft mit äusserer Ueberwanderung des Eies, und consecutiver Haematocele retrouterina, in welchem Tod durch Embolie der Lungenarterie eintrat, theilt Dr. Gerhardt Leopold, z. Leipzig beobachtet, mit, indem er schreibt:

Die 37jährige bisher regelmässig menstruirte K. hatte im Februar 1876 statt der zu erwartenden Menstruation eine, 3 Wochen lang andauernde, unbedeutende Uterinblutung, wonach im März 6 zuweilen mit Erbrechen und Frost verbundene Schmerzanfälle folgten. — Morphium; Uterus vergrössert empfindlich, Parametrien weniger empfindlich; — Athemnoth; Tod. Section: Schwangerschaft im 3. Monat. Vom Abdominalende der linken Tuba ausgehend; das corp. luteum in dem Eierstock der entgegengesetzten Seite. Blutung unter der Eihäute, Ruptur des Fruchtsackes; Haematocele retrout.; Lungeninfarkt und Embolie der Lungenarterie. Uterus 12 cm. Schleimhaut 2 cm. dick. Die linke Tubenmündung war von 2, die rechte von 1 linsengrossen Schleimpolypen verlegt, welche 0,5 cm. lange Stiele hatten. Die rechte Tuba am abdominalen Ende verlöthet, mässig hytropisch erweitert, mit Ausnahme des Verschlusses.

Einem ähnlichen Fall Tubenschwangerschaft mit Ueberwanderung des Eies bei einer 30 jährigen Frau, welche in den ersten Wochen verheirathet und noch nie geboren hatte, berichtet auch Dr. Conrad Profess. Langhans in Bern. (Arch. f. Gyn. IX, 3. p. 337; 1876).

Es handelt sich hier um einen nach 10 Stunden lethal verlaufenen Falle von tubar graviditaet der ersten Hälfte des 2. Monats.

Zum Schlusse möchte ich noch eines von Dr. Behm in Stettin beschriebenen interessanten Falles von gleichzeitiger Uterus- (mole) und Tubenschwangerschaft Erwähnung thun.

Gracile Dame, welche 2 Geburten und zweimal abortus überstanden, erlitt März 1853, obschon sie trotz 2 maligen Ausbleibens der Regeln nicht schwanger zu sein glaubte, zum 3. mal abortus. Unter wehenartigen Schmerzen und Blutungen trat ein birnförmiger fleischartiger Körper von 6—7 cm. Länge und 4—5 cm. Breite aus dem Mutterhalse, den Dr. Behm am 17. März entfernte. 5 Tage später erkrankte die Frau unter den Symptomen rechtseitiger Oophoritis, indem die rechte Unterbauchgegend schmerzhaft und darin ein wallnussgrosser schmerzhafter

Tumor zu fühlen war, Puls 120; Schmerz und Geschwulst waren nach localer Blutentziehung am nächsten Tage fast wieder verschwunden. Dagegen traten nach 3 Tagen Schüttelfrost, Praecordialangst nebst gastrischen Erscheinungen auf. Da sich die Frostanfälle nach Beseitigung der gastrischen Symptome in regelmässigen Zwischenräumen etwa alle 12 Stunden wiederholten, wurde in der Meinung, dass eine febris interm. quot. dupl. vorliege, am 30. März Chinin gegeben. Nach Anwendung weniger Gaben desselben war der abendliche Fieberanfall viel mässiger, der am nächsten Morgen ganz ausgeblieben; 1 Stunde nach Vormittagsvisite plötzlich Paroxysmus mit Convulsionen, Starrkrampf, Dyspnoe. Druck auf Abdomen macht die heftigsten Schmerzen; bis Nabelhöhle mässige Percussionsdämpfung, sonst aber weich. Patientin stirbt nach einigen Stunden unter den Zeichen innerer Verblutung, ungefähr 14 Tage nach Abortus.

Section. circa 200 gr. blutiges Serum aus der Bauchhöhle und aus dem Becken Blutcoagula in der Menge von etwa 4 Tassenköpfen. Als Quelle der Blutung die rechte bis taubeneigrösse erweiterte Tuba, welche ihrer ganzen Länge nach geborsten war. Die Innenfläche durchaus mit Decidua ähnlichen und mit Blut getränkten Exudationen ausgekleidet. Am Uterin-Ende war die Tuba bald auf den Umfang einer Erbse erweitert; diese Ausbuchtung erstreckte sich aber nicht in die Uteruswand hinein, ebenso blieb sie auch eine kurze Strecke vom Fimbrienende entfernt, an denen sich eine 3 cm. grosse Hydatide befand. Die Gebärmutter im Zustande völlig normaler Involution; ihre Schleimhaut war blassroth, Grösse normal, rechtes Ovarium gesund. In der Nähe der linken Tuba eine nicht ganz so grosse Hydatide wie rechts; Foetus nicht gefunden, vermuthlich mit Blutgerinsel entfernt.

Dr. Behm fügt als Bemerkung bei: Beide Eier durch 1 Begattung befruchtet; sowie er nach Sektionsbefund annimmt, dass beide Eier demselben Eierstock angehörten. Wahrscheinlich habe die Lostrennung des Eichens erst stattgefunden, nachdem die Entwicklung bereits begonnen hatte; so Durchgang durch Tuba nicht mehr möglich. — Moll d. mehrf. abortus.

Betrachten wir den Ausgang der Tubenschwangerschaft, so finden wir, dass er, man kann sagen regelmässig, lethal ist, in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle mit ganz rapidem Verlaufe nach Ruptur; die wenigen Fälle ausgenommen, in denen das junge Ei durch abgesackte peritonitis eingekapselt und bis auf wenige Ueberbleibsel resorbirt wird, führt auch lithopaedion, wie sie aber hier weit seltener als bei Abdominalschwangerschaft vorkommt, zu ausgedehnter Fistelbildung oder anus praeternaturalis und meist Tod durch Pyaemie, Sepsis, Erschöpfung.

Wohl hat man durch Entleerung der secundaeren Haematocele zu nützen gesucht, wie durch absichtliche Tödtung des Eies zum Behufe der Verödung, und letzteres theils durch einfache Punction theils durch Punction mit Einspritzung von Morphium, theils durch Elektropunctur, in späteren Monaten Elytrotomie nach Gaillard Thomas wie auch Laparotomie; doch sind kaum ein paar Fälle von wirklichen Heilungen zu nennen und eine Anzahl geschilderter Fälle ist zu unklar, als dass sie bewiesen, dass es sich um Tubenschwangerschaft handle, wie es denn auch gerade bei geheilten Fällen oft sehr schwierig sein wird, oft mit Bestimmtheit nicht möglich, anzugeben, um welche Form von Extrauterinschwangerschaft es sich gegebenen Falles gehandelt hat. Und doch müsste man bei frühzeitig sicher gestellter Diagnose einer Tubenschwangerschaft die Punction per vaginam aus machen, in späteren Monaten die Eliminationsbestrebungen bei Lithopaedion nur unterstützen.

Was endlich die Häufigkeit der Tubenschwangerschaft betrifft, so halte ich mich an die jüngsten statistischen Berichte. 600 Fälle circa von Extrauterinschwangerschaft sind constatirt.

Spiegelberg hält Tubenschwangerschaft für die häufigste der Extrauterinschwangerschaft, Hecker Abdominalschwangerschaft eben so häufig,

	Abdominal:	Tubarschw.:	ovarschw.
Cohnstein:	32	26	4
de Smet:	43	33,5	11

Löw berechnet 1 Extrauterinschwangerschaft auf 4—500,000 Geburten.

Ferner: Auf 1000 Gebärende kommen im Canton ‚Genf 8 Todesfälle. Unter 148 Todesfällen ereigneten sich 16 während der Schwangerschaft, darunter 2 grav. tubaria.

(Oesterlein, Handb. d. med. Statistik Tübingen 1865; p. 663).

Diese Zahlen müssten im Verhältniss zur „allgemeinen" Fruchtbarkeit gebracht werden.

1	Geburt	auf	31,6	Einwohner	in Frankreich
1	„	„	23,3	„	„ Preussen
1	„	„	27,0	„	„ Schweden
1	„	„	35,0	„	„ England
1	„	„	20,0	„	„ i. d. v. Staaten von
1	„	„	27,4	„	Nordamerika.

(E. Bisset; Hawkins, elements of med. Statistics, London 1829).

Herrn Dr. Halm, prakt. Arzt in München, besten Dank!